

# Patientenfragebogen spinale Manipulation



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient. Bitte nehmen Sie sich Zeit, diesen Fragebogen gewissenhaft zu beantworten. Sollten Sie Fragen oder Unklarheiten haben, besprechen Sie dies bitte mit Ihrem Behandler. Vielen Dank!

<b>Fraktur/Luxation/ Bänderverletzung</b>	<b>Nackenschmerzen nach stattgefundenem Trauma</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
	<b>Sturz aus über einem Meter</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
	<b>Unfall mit Fahrzeug</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
	<b>Axiale Belastung des Körpers (Schleudertrauma)</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
<b>Bösartige Neubildung</b>	<b>Krebs in der Anamnese</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
	<b>unerklärlicher Gewichtsverlust/ Nachtschweiß</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
<b>Infektion</b>	<b>Infektion des Urogenitaltraktes</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
	<b>Hautinfektionen</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
	<b>kürzlicher Eingriff an der Wirbelsäule</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
	<b>Fieber</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
<b>Myelopathie/ Rückenmarks- Kompression</b>	<b>Schwäche der oberen Extremität</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
	<b>Gangunsicherheiten</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
	<b>Verlust der Feinmotorik</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
	<b>Inkontinenz/ Änderung des Stuhlverhaltens</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
<b>Entzündliche Arthritis</b>	<b>Rheumatoide Arthritis</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
	<b>sonstige Gerinnungsstörungen</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
<b>Medikamente</b>	<b>Blutverdünner</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>
	<b>Kortison</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>

<b>Veränderung der Knochenstruktur</b>	<b>Osteoporose</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Osteomalazie</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>sonstige Veränderungen oder bekannte Anomalien</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Operationen an der Wirbelsäule</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Bekannter Bandscheibenvorfall</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
<b>Parästhesien/Nadeln/Kribbeln</b>	<b>Arme</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Brustkorb/Rippen</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Beine</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Einseitig</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Beidseitig</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Könnten Sie schwanger Sein?</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Versuchen Sie, schwanger Zu werden?</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Sind Sie in Behandlung Bezüglich künstlicher Befruchtung?</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Haben Sie Veränderungen Im Zyklus festgestellt?</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Haben Sie Blutungen in Harn oder Stuhl festgestellt?</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Veränderung der Stuhl oder Harngewöhnheiten?</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>	
	<b>Andere Neurologische Besonderheiten?</b>	<b>Anzeichen eines Schlaganfalles verwaschene Sprache/Schwindel Lähmungen</b>	<b>Ja</b>	<b>( )</b>	<b>Nein</b>	<b>( )</b>

---

Unterschrift Patient

---

Unterschrift Therapeut

---

Datum, Ort